Deutscher Bundestag **Drucksache 17/7727**

17. Wahlperiode 14. 11. 2011

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN
– Drucksache 17/7540 –

Stellung ausgegründeter Privatkliniken

Vorbemerkung der Fragesteller

Krankenhäuser nutzen in zunehmendem Maße die Möglichkeit, Privatkliniken aus bestehenden Plankrankenhäusern auszugründen (vgl. Süddeutsche Zeitung vom 30. September 2011; DER SPIEGEL vom 28. Juli 2008). Diese Privatkliniken unterliegen nicht den Bestimmungen des Krankenhausrechts insbesondere in Bezug auf die Entgeltberechnung. Somit können hier mit Privatpatientinnen und -patienten bei gleicher medizinischer Leistung deutlich höhere Erlöse erzielt werden. Vor diesem Hintergrund hat der Bundesgerichtshof am 21. April 2011 (III ZR 114/10) entschieden, dass eine von einem Plankrankenhaus betriebene Privatklinik auch dann nicht den Bestimmungen des Krankenhausentgeltrechts unterliegt, wenn diese ihre Patientinnen und Patienten mit Mitteln und medizinischem Personal des Plankrankenhauses behandelt und letztlich identische Leistungen erbringt. In einem Änderungsantrag zum Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (Bundestagsdrucksache 17/6906) beabsichtigen die Koalitionsfraktionen der CDU/CSU und FDP, zumindest für allgemeine Krankenhausleistungen eine Bindung an bestehende Entgeltregelungen herbeizuführen.

Da die o. g. Regelung nur allgemeine nicht aber alle Krankenhausleistungen inklusive Wahlleistungen umfasst, bleibt auch weiterhin ein starker Anreiz zur Herausnahme der Privatpatientinnen und -patienten aus der bislang bestehenden einheitlichen Behandlungs- und Abrechnungssystematik bestehen. In der Folge könnten die Behandlungskosten für Privatpatienten und Beihilfeberechtigte und somit auch Beihilfeträger wie Länder und Kommunen erheblich steigen. Zudem klagen Patientinnen und Patienten darüber, dass sie in diese erheblich teurere Behandlung nicht eingewilligt haben (Süddeutsche Zeitung vom 30. September 2011).

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 10. November 2011 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

1. a) Wie viele aus Plankrankenhäusern ausgegründete Privatkliniken bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung?

   b) Welchen Anteil am Umsatz der Krankenhausträger haben derartige ausgegründete Privatkliniken nach Kenntnis der Bundesregierung?

Nach derzeitigem Kenntnisstand dürfte deutschlandweit von 104 Privatklinikausgründungen auszugehen sein. Zum Anteil ausgegründeter Privatkliniken am Umsatz der Krankenhausträger liegen der Bundesregierung keine Angaben vor.

2. Wie beurteilt die Bundesregierung den Umstand, dass in ausgegründeten Privatkliniken mitunter weit höhere Entgelte als im verbundenen Plankrankenhaus bezahlt werden sollen, obwohl die medizinischen Leistungen der Privatklinik in ihrer Art dem öffentlichen Versorgungsauftrag entsprechen?

Soweit von einer mit einem Plankrankenhaus verbundenen und aus diesem ausgegründeten Privatklinik für Leistungen, die in ihrer Art dem öffentlichen Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses entsprechen, weit höhere Entgelte als von dem verbundenen Plankrankenhaus für vergleichbare Leistungen gefordert werden, beurteilt die Bundesregierung dies kritisch.

3. Inwieweit teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass eine Ausweitung der Ausgründungen und einer damit verbundenen Abrechnungspraxis zu weiter steigenden Beiträgen in der privaten Krankenversicherung führt?

   Wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

   Wenn nein, warum nicht?

Nach Einschätzung der Bundesregierung könnte der in der Frage angesprochene Sachverhalt grundsätzlich zu einem Anstieg der Ausgaben und damit womöglich auch von Beiträgen in der privaten Krankenversicherung führen.

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 5 und 9 verwiesen.

4. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass Plankrankenhäuser, die eine Privatklinik ausgründen, nicht ihre öffentlichen Mittel (Infrastrukturinvestitionen durch die Bundesländer und Betriebsmittel durch die Krankenkassen) zur rein privatwirtschaftlichen Gewinnerzielung einsetzen?

Es obliegt den Ländern, die zweckentsprechende Verwendung ihrer zur Finanzierung von Investitionskosten der Plankrankenhäuser bereitgestellten öffentlichen Fördermittel zu überwachen. Der weitaus überwiegende Teil der Einnahmen von Plankrankenhäusern im Bereich der stationären Versorgung beruht nicht auf öffentlichen Investitionsfördermitteln, sondern auf Benutzerentgelten für die Behandlung von Patienten und Patientinnen, die für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von den Krankenkassen und für privat Krankenversicherte von privaten Krankenversicherungsunternehmen getragen und aus Beitragsmitteln finanziert werden. Den Betreibern von Krankenhäusern ist es – unabhängig von der Art ihrer Trägerschaft – nicht verboten, aus den Erlösen für Krankenhausbehandlung Überschüsse zu erzielen oder anzustreben. Das Krankenhausfinanzierungsrecht enthält auch keine Vorgaben hinsichtlich der Verwendung erzielter Überschüsse.

5. a) Warum soll nach Auffassung der Bundesregierung die Entgeltbindung bei der Ausgründung von Privatkliniken nur für allgemeine Krankenhausleistungen nicht aber für Wahlleistungen gelten?

   b) Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass mit dieser Regelung die bestehenden Anreize zur Ausgründung von Privatkliniken aus öffentlich finanzierten Plankrankenhäusern fortbestehen?

   Wenn nein, warum nicht?

Ein von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eingebrachter Änderungsantrag zum Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes sieht eine Entgeltbindung für ausgegründete Privatkliniken nur hinsichtlich der allgemeinen Krankenhausleistungen vor. Derzeit wird geprüft, ob neben einer Entgeltbindung für allgemeine Krankenhausleistungen auch die Möglichkeit einer Überprüfung der Angemessenheit der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen eröffnet werden soll.

6. Auf welche Weise stellt die Bundesregierung vor dem Hintergrund des aktuellen Urteils des Bundesgerichtshofs vom 21. April 2011 sicher, dass Plankrankenhäuser, die eine Privatklinik ausgründen, ihren gesetzlichen Versorgungsauftrag gegenüber allen gesetzlich und privat versicherten Patientinnen und Patienten weiterhin uneingeschränkt und in gleicher Weise erfüllen?

Die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommenen und öffentlich geförderten Krankenhäuser haben ihren Versorgungsauftrag gleichermaßen im Hinblick auf die Versorgung der GKV-Patienten sowie der Privatpatienten und Selbstzahler wahrzunehmen. Dies gilt uneingeschränkt auch für Plankrankenhäuser mit ausgegründeten Privatkliniken. Auch diese müssen ihren Versorgungsauftrag nach dem Krankenhausplan vollständig erfüllen und auch Selbstzahlern und Privatversicherten für die Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen zur Verfügung stehen. Die Überprüfung, ob Plankrankenhäuser nach Ausgründung einer Privatklinik ihren Versorgungsauftrag wahrnehmen und die Voraussetzungen für ihre öffentliche Förderung einhalten, ist – auch nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs – Aufgabe der zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder, die gegebenenfalls bei Verstößen gegen die Erfüllung des Versorgungsauftrags die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen haben.

7. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass Plankrankenhäusern der Status der Gemeinnützigkeit im Hinblick auf Umsatzsteuer, Gewerbesteuer und Grundsteuer zu entziehen ist, wenn diese zum Zwecke der Entgeltmaximierung eine Privatklinik ausgründen und ihr gemeinnütziges Vermögen der Privatklinik zweckwidrig zur Mitnutzung überlassen?

   Wenn ja, warum?

   Wenn nein, warum nicht?

Bei der sogenannten Anerkennung der Gemeinnützigkeit handelt es sich um die steuerliche Begünstigung einer Körperschaft, Personenvereinigung oder Vermögensmasse im Sinne des Körperschaftsteuergesetzes auf der Grundlage der §§ 51 bis 68 der Abgabenordnung (AO). Erfüllt eine Körperschaft diese steuerlichen Anforderungen, dann können Steuervergünstigungen gewährt werden. Eine Beschränkung auf einzelne Steuerarten ist dabei nicht vorgesehen.

Die Befreiung von den Ertragsteuern (Körperschaft- und Gewerbesteuer) sowie von der Grundsteuer gilt auch für die steuerbegünstigten Zweckbetriebe ge-

meinnütziger Einrichtungen. Unterhält eine gemeinnützige Einrichtung dagegen einen steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb, so gilt, dass die diesen Geschäftsbetrieben zuzuordnenden Besteuerungsgrundlagen grundsätzlich der Körperschaft- und Gewerbesteuer unterliegen (§ 64 AO) und der Grundbesitz, auf dem ein steuerpflichtiger wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb unterhalten wird, der Grundsteuer unterliegt.

8. a) Wie bewertet die Bundesregierung Fälle (vgl. Süddeutsche Zeitung vom 30. September 2011), bei denen privat Versicherte ohne deren ausdrückliche Einwilligung in ausgegründeten Privatkliniken behandelt wurden, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Als Rechtsgrundlage für die Behandlung in einer Klinik bedarf es im Regelfall einer mit dem Patienten oder dessen Vertreter geschlossenen vertraglichen Vereinbarung, die eine Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters in die Behandlung und die damit verbundenen Kosten voraussetzt. Dies gilt grundsätzlich auch für die Behandlung in einer ausgegründeten Privatklinik. Ist der Patient nicht in der Lage, seine Einwilligung zu erklären, und steht ein Vertreter des Patienten zur Abgabe der Erklärung nicht zur Verfügung, kann bei unaufschiebbarem Behandlungsbedarf (z. B. in Notfällen) nach den Regeln der Geschäftsführung ohne Auftrag auf den mutmaßlichen Willen des Patienten abgestellt werden. Es kann – auch bei privat versicherten Patienten – nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass dieser die mit höheren Kosten verbundene Behandlung in einer ausgegründeten Privatklinik umfasst, wenn die notwendige Behandlung in unmittelbarer räumlicher Nähe auch in einem Plankrankenhaus zu niedrigeren Preisen hätte erfolgen können. Insoweit bedarf es in solchen Fällen einer rechtlichen Prüfung im Einzelfall, ob eine für die Behandlung in einer ausgegründeten Privatklinik ausreichende Rechtsgrundlage besteht.

b) Wie will die Bundesregierung verhindern, dass beihilfeberechtigte Versicherte in ausgegründeten Privatkliniken behandelt werden, obwohl die einschlägigen Beihilfevorschriften (vgl. etwa § 26 der Bundesbeihilfeverordnung, BBhV) keine vollständige Kostenerstattung bei Behandlungen in Privatkliniken vorsehen?

Auch beihilfeberechtigte Versicherte dürfen nicht gegen ihren Willen in ausgegründeten Privatkliniken behandelt werden. Im Übrigen obliegt es der freien Entscheidung der Beihilfeberechtigten, ob sie sich im Hinblick auf die damit verbundenen Kostenfolgen in ausgegründeten Privatkliniken behandeln lassen.

9. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass insbesondere aus Gründen des Patienten- bzw. Verbraucherschutzes zwischen den Entgeltregeln für reine Privatkliniken einerseits und Privatausgründungen an Plankrankenhäusern andererseits rechtlich unterschieden werden muss?

Wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung teilt diese Auffassung und befürwortet deshalb den mit dem Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz verfolgten Ansatz, die dort vorgesehene Entgeltbindung auf aus Plankrankenhäusern ausgegründete Privatkliniken zu beschränken.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333